

**FORMATO DE COMUNICACIÓN DE ENTREGA EN CUSTODIA DE SUSTANCIAS O MEDICAMENTOS SUJETOS A FISCALIZACIÓN SANITARIA POR CIERRE O CLAUSURA DEFINITIVA DE:**

* Droguerías (ámbito Lima Metropolitana)
* Laboratorios ( ámbito Lima Metropolitana)
* Almacenes especializados de los órganos desconcentrados

Señor(a) Director Ejecutivo de la Dirección de Productos Farmacéuticos-DIGEMID

Por el presente documento comunicamos lo siguiente:

|  |
| --- |
| PARTE I. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE |
| 1. CATEGORÍA DE LA EMPRESALABORATORIO DROGUERIA ALMACÉN ESPECIALIZADO DE DISAS, DIRESAS Y GERESAS  |
| 2. RAZON SOCIAL |  | 3. R.U.C. N° |
| 4. DOMICILIO LEGAL Av. / Calle / Jr. | 5. N° |
| 6. URBANIZACIÓN | 7. DISTRITO | 8. PROVINCIA |
| 9. DEPARTAMENTO | 10. TELEFONO | 11. FAX | 12. CORREO ELECTRÓNICO |
| 13. NOMBRE DEL REPRESENTANTE LEGAL | 14. TELEFONO |
| 15. NOMBRE DEL DIRECTOR TECNICO | 16. N° C.Q.F.P. | 17. TELEFONO |
| PARTE II. RELACION DE SUSTANCIAS Y/ O MEDICAMENTOS ESTUPEFACIENTES: |
| DESCRIPCION | LOTE | REGISTRO SANITARIO | FECHA DE VENCIMIENTO | CANTIDAD | MOTIVO |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

El contenido total de la información proporcionada por nuestra representada en la presente comunicación es cierta y veraz, lo demás se mantiene de acuerdo a lo autorizado.

 ***...................................................................... ................................................................***

**Q.F. DIRECTOR TECNICO REPRESENTANTE LEGAL**

FIRMA Y NOMBRE COMPLETO FIRMA Y NOMBRE COMPLETO

N° DE COLEGIATURA SELLO DE LA EMPRESA

**NOTA:**

* ADJUNTAR LIBRO DE CONTROL DE ESTUPEFACIENTES
* PARA SER ADMITIDO EN MESA DE PARTES DEBERÁ CONTAR CON EL Vº Bº DE DROGAS POR LA RECEPCIÓN DE PRODUCTOS.